



**CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 2<sup>a</sup> REGIÃO**  
**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**

**CREDENCIAMENTO SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS  
RADIOLÓGICA - SATR**

Senhor Diretor Presidente do CRTR da 2<sup>a</sup> Região,

(1) \_\_\_\_\_  
(nome da empresa)

(2) Endereço: \_\_\_\_\_, (3) N° \_\_\_\_\_  
(4) Bairro: \_\_\_\_\_ (5) CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(6) Cidade: \_\_\_\_\_ (7) UF: \_\_\_\_\_ (8) Telefone( ) WhatsApp( ) \_\_\_\_\_  
(9) CNPJ: ..... / ..... - ..... (10) E-MAIL: \_\_\_\_\_  
(11) Cadastrada neste Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 2<sup>a</sup> Região sob o nº \_\_\_\_\_, requer o **CREDENCIAMENTO**( ) e/ou **RENOVAÇÃO**( ) de Supervisor das Aplicações Técnicas Radiológicas, conforme Resolução CONTER nº 11, de 11 de novembro de 2011, ao (12) profissional: \_\_\_\_\_  
(13) CRTR nº \_\_\_\_\_ (14) e-mail: \_\_\_\_\_  
(15) cuja relação empregatícia é de (15) ( ) Funcionário Público- (16) ( ) Funcionário CLT-  
(17) ( ) Prestador de Serviços: Nome da Empresa: \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
CNPJ \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
Telefone( ) WhatsApp( ) \_\_\_\_\_

**Nestes termos, pede deferimento.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

**Assinatura e carimbo do profissional indicado**

**Assinatura e carimbo responsável legal da empresa**